

COMPLAINT OF DISCRIMINATORY TREATMENT QUEJA DE TRATO DISCRIMINATORIO

TO: DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
CIVIL RIGHTS SECTION
12860 CROSSROADS PARKWAY SOUTH
CITY OF INDUSTRY, CALIFORNIA 91746

NOMBRE DEL CASO:

NÚMERO DE CASO:

Yo, _____, por la presente someto esta queja de trato discriminatorio
(Por favor, escriba su nombre en letra de molde) y pido que se lleve a cabo una investigación.

Yo creo que me han discriminado debido a mi:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RAZA | <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ÉTNICO |
| <input type="checkbox"/> NACIONALIDAD | <input type="checkbox"/> RELIGIÓN | <input type="checkbox"/> SEXO |
| <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> EDAD | <input type="checkbox"/> COLOR |
| <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN POLÍTICA | <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN SEXUAL | <input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO |

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE: _____

NOMBRE(S) Y TÍTULO(S) DE LA(S) PERSONA(S) QUE YO CREO QUE ME HA(N) DISCRIMINADO:

LA ACCIÓN, DECISIÓN O CONDICIÓN QUE CAUSÓ QUE YO PRESENTARA ESTA QUEJA ES LA SIGUIENTE:

YO DESEO QUE SE TOME LA SIGUIENTE ACCIÓN CORRECTIVA:

Poner iniciales en la línea de arriba si usted da su consentimiento. **CONSENTIMIENTO CONCEDIDO** – Al poner mis iniciales en esta opción, yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales Públicos, Sección de Derechos Civiles (CRS) a revelar mi identidad y otra información personal a personas en la organización o institución bajo investigación y a otras agencias federales y estatales de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales pertinentes. Por la presente, autorizo a la CRS a recibir material e información incluyendo, pero no limitado a solicitudes, archivos de casos, registros personales y médicos. El material e información serán usados para las actividades autorizadas de cumplimiento y aplicación de los derechos civiles. Entiendo que no estoy obligado a autorizar este permiso y lo hago voluntariamente.

Poner iniciales en la línea de arriba si usted no da su consentimiento. **CONSENTIMIENTO DENEGADO** – Yo no doy mi consentimiento para compartir mi nombre u otra información personal que me identifique. Entiendo que esta queja podría no ser investigada como resultado de mi negación a dar mi consentimiento para compartir mi información.

(FIRMA) (FECHA) DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____